Lane Medical Library

Ueber

# Laparotomien besonders Ovariotomien

## in Südamerika.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 5. August 1884

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

**Federico Susviela Guarch**

aus Montevideo (Südamerika).

OPPONENTEN:

Dr. R. Jürgens, Assistent am Pathologischen Institut.
Dr. G. Broesike, Custos am Kgl. Anatomischen Institut.
Prof. Dr. Gluck, Privatdocent der Kgl. Friedr.-Wilh.-Universität.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Seinem hochverehrten Freunde

dem Rector der Universität zu Montevideo

# Herrn Dr. Josè P. Ramirez

in tiefer Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Abergläubische Furcht und Vorurtheile, deren Unbegründetheit zu prüfen man unterliess, sind von jeher die Haupthemmnisse freier wissenschaftlicher Forschung gewesen. Nicht das letzte Beispiel zur Erhärtung dieser Behauptung liefert die Geschichte der Medicin, da sie zeigt, wie sowohl auf dem Gebiete der inneren Krankheiten, als auf dem der Chirurgie starre Dogmen und fest eingewurzelter Irrthum die Geister im Banne gehalten, die freie Entwickelung der Wissenschaft gehindert und der Menschheit unendliche Vortheile vorenthalten haben.

Jeder Zweig der Heilkunde liefert lehrreiche Belege in diesem Sinne; die Fortschritte in der Anatomie, der Physiologie, der Chemie und Physik haben stets ihren erkennbaren bestimmenden Einfluss auch auf die Behandlung der Krankheiten geübt, und entsprechend der früheren oder späteren Entwickelung einer der grundlegenden Naturwissenschaften ist ein Theil der Heilkunde nach dem andern aus dem Dunkel traditioneller Dogmatik in das Licht eines vorurtheilsfreien Rationalismus eingetreten. Die Chirurgie hat diesen Fortschritt in zwei, zeitlich weit auseinander liegenden Etappen gemacht. Die

Anatomie, welche die Beschaffenheit der Theile und ihre Lage kennen lehrte, hat die erste Blütheperiode der Chirurgie heraufgeführt, da sie zuerst das rohe Handwerk blutdürstiger Charlatane in wissenschaftliche Bahnen lenkte. Man darf sich aber nicht verhehlen, dass die Anatomie nur wesentlich den technischen Theil der chirurgischen Operationen gefördert hat, dass aber ihr zweiter grösster Fortschritt der modernen Physiologie, der modernen Pathologie und der immer mehr zur Selbständigkeit sich empor arbeitenden Mykologie zu danken ist.

Die vorliegende Arbeit wird aus dem grossen Gebiete der chirurgischen Operationen speciell die Ovariotomie herausgreifen, welche besonders geeignet ist, die eingangs aufgestellte These zu beleuchten, denn lange Jahre, nachdem schon die Technik auf dem Gebiete der plastischen Operationen ihre glänzenden Triumphe gefeiert hatte, blieb die Ovariotomie eine Operation, welche von Handwerkern aus wirthschaftlichen Rücksichten an Thieren vorgenommen wurde, während unwissenschaftliche Vorurtheile die Chirurgen abhielten, sie am kranken Ovarium auch nur versuchsweise einzuführen.

Die ausgedehnte Eröffnung der Bauchhöhle, die Freilegung der Eingeweide und das Eindringen der Hände des Operateurs in die Tiefen der Unterleibshöhle liessen selbst einen Dieffenbach noch diese Operation als höchst verwerflich erscheinen und nur einzelne kühne Operateure liessen sich trotz des allgemeinen Vorurtheils,

auf Grund dessen man jede Eröffnung der Bauchhöhle als im höchsten Masse gefährlich ansah, nicht beirren und bahnten mit einigen glücklichen Erfolgen der Operation ihren Weg. Doch erst gegen Ende der fünfziger Jahre gelangte die Ovariotomie zu allgemeiner Aufnahme in Europa und besonders englische und deutsche Gelehrte waren es, welche die Resorptions- und Sekretionsverhältnisse der Bauchhöhle durch Thierexperimente ergründeten und welche die Technik der Ovariotomie an einer grossen Serie von Operationen vervollkommneten, so dass heute Männer wie Spencer-Wells Schröder, Hegar u. A. auf hunderte von ausgeführten Operationen zurückblicken mit stets verminderter Sterblichkeit der Operirten.

Ein noch viel geringeres Alter, als hier in Europa hat die Ovariotomie in den grösseren Städten Südamerikas, speciell in meiner Heimath Montevideo aufzuweisen und erst nach manchen unvollkommenen Versuchen hat diese Operation in den allerletzten Jahren durch einige tüchtige Operateure allgemeinere Verbreitung gefunden. Die Anzahl der Operationen ist bisher noch eine geringe, noch viel geringer die der wissenschaftlich beschriebenen, indessen hoffe ich, da hier in Deutschland über Ovariotomien in Südamerika wenig oder nichts bekannt ist, immerhin einiges statistisches Material liefern zu können, unter welchem auch manches interessante Vorkommniss die Aufmerksamkeit eines geneigten Lesers fesseln mag.

Doch bevor ich näher auf dieses Material eingehe,

möchte ich zur bequemen Vergleichung den heutigen Stand der Operation, wie er sich in Europa und speciell in Deutschland darstellt, in seinen wesentlichen Punkten beleuchten.

Beginnen wir mit der Indication der Ovariotomie, so liegt eine solche nach Anschauung der erfahrensten Operateure vor sowohl bei allen gutartigen Ovarialgeschwülsten als auch bei den bösartigen, so lange dieselben noch keine Ausbreitung in die umgebenden Gewebe, besonders die Drüsen gefunden haben. Man operirt im Allgemeinen heut zu Tage auch die gutartigen Tumoren so früh als möglich, denn die Operation ist um so leichter, je weniger Adhäsionen durch längeres Wachsthum mit den Nachbarorganen bestehen und es ist Erfahrung, dass auch die gutartigen Cystome stets das Allgemeinbefinden der Patientinnen stark beeinträchtigen. Ferner können bei langem Bestehen der Geschwulst durch venöse Stauung bei Stieltorsion die Cysten platzen und ihren Inhalt in die Bauchhöhle entleeren und in seltenen Fällen kann sogar Gangrän aus demselben Grunde eintreten. Dass man die malignen Geschwülste so bald als möglich operirt, versteht sich von selbst. Sehr erschwert oder ganz unmöglich kann die vollständige Entfernung der Tumoren sein bei starker Entwickelung zwischen den Blättern der breiten Mutterbänder und bei ausgebreiteten Adhäsionen. Ferner werden bösartige Geschwülste, die schon die Drüsen resp. das Zellgewebe des Beckens ergriffen haben von vornherein als inoperabel bezeichnet werden müssen.

Wie alle Operationen, so verdankt auch die Laparotomie und speciell die Ovariotomie ihren rapiden Aufschwung in der neuesten Zeit zuerst der Anästhesirung. — Was die Ausführung derselben betrifft, so neigen sich heute viele Operateure mehr dem Gebrauch des Aethers als dem des Chloroforms zu, denn einmal ist bei langdauernden Operationen der Aether überhaupt ungefährlicher, andererseits bewirkt er nicht so leicht das höchst störende Erbrechen während der Operation und hinterlässt auch weniger üble Allgemeinerscheinungen, wie Uebelkeit etc. nach der Narkose. Indessen wird das Chloroform wegen der viel sicheren Wirkung gewiss nicht vollständig vom Aether verdrängt werden können. Die wichtigste Rolle bei der Operation selbst spielt, wie bereits in der Einleitung angedeutet worden ist, die strengste Durchführung der Antisepsis! Seitdem man niederste Pilze als die wahren Träger der Infection kennen gelernt hat und seitdem man die enorme Resorptionsfähigkeit der Bauchhöhle durch Thierexperimente erwiesen hat, erklärt sich leicht die Gefährlichkeit der Einschleppung von Infectionsmaterial gerade in diesen Körpertheil und um so sorgsamer muss man bei einer Operation, die so ausgedehnte Partien der Bauchhöhle freilegt, für Desinfection der Luft, des operirenden Personals und der Instrumente sorgen. Wohl in allen Operationssälen wird die Luft stundenlang vor der Operation durch carbolisirte Dämpfe gesättigt und auch während der Operation das Operationsfeld unter Carbolregen gehalten, doch lassen auch

manche Operateure während des Operirens den Spray weg, da in der Luft, welche fortwährend über das Operationsfeld getrieben wird, sich immerhin noch Keime, welche nicht getödtet sind, befinden können, und da ausserdem leichter Intoxication eintreten kann. Um letztere überhaupt zu vermeiden, bedient man sich zur Desinfection der Schwämme, Tücher etc. am Besten des Salicyls, da Carbol wie Sublimat oft schon in ganz geringen Quantitäten störende Vergiftungserscheinungen bewirken. Des Sublimats bedient man sich mit Vorliebe zum Waschen der Hände.

Als erster wichtiger Punkt bei der Operation selbst tritt uns die Verkleinerung des Tumors entgegen, sobald sich derselbe in respectabler Grösse in der Bauchwunde zeigt. Die Verkleinerung, welche auf dem Ausfluss des Cysteninhalts beruht, kann durch Punktion oder einfachen Schnitt bewirkt werden und wird sich die erstere immer empfehlen, wo man dünnflüssigen Cysteninhalt vor sich hat, während man bei zähem celloiden Inhalt das Messer gebraucht, nachdem man den Tumor soweit aus den Bauchwänden hervorgezogen hat, dass ein Ausfliessen in die Bauchhöhle vermieden wird. Schröder wendet, um möglichst wenig Instrumente in Anwendung zu bringen, ausschliesslich das Messer an.

Ein weiterer, sehr wichtiger Punkt ist die Stillung der Blutung, welche bei der Operation besonders beim Trennen der Adhäsionen der Geschwulst mit den Nachbarorganen auftritt. Hierbei sind Blutungen aus arteriellen Gefässen weniger gefürchtet, als pa-

renchymatöse, besonders wenn letztere eine grosse flächenhafte Ausdehnung besitzen. Gewöhnlich kommt der intraabdominale Druck und die Zusammenziehung der einzelnen Organe nach Entfernung des Tumors dem Operateur zu Hülfe, doch muss man, um auf's Sicherste jede Nachblutung zu vermeiden, recht häufig Umstechungen mit Umschnürung einer grösseren blutenden Fläche vornehmen. Wo auch dieses nicht thunlich erscheint hat man mit bestem Erfolge das Glüheisen angewandt, ohne dass der Brandschorf irgend welche Hindernisse bei der Heilung geboten hätte. Styptische Mittel wie Ferrum sesquichloratum in die Bauchhöhle einzuführen wird von fast allen Operateuren widerrathen. Sind alle angewandten Mittel vergeblich, so ist als letztes ein starker Compressivverband nach Schluss der Bauchwunde zu versuchen und ausserdem durch Drainage für Abfluss zu sorgen, wie in Weiterem auseinandergesetzt werden wird.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Behandlung des Stiels, mit welchem der Tumor den Beckenorganen ansitzt. Es würde zu weit führen, wenn wir alle Phasen in der Ausbildung gerade dieses Theils der Operation beschreiben wollten, wir wollen daher uns auf den heutigen Stand der beiden gebräuchlichen Methoden der Stielversorgung — ausserhalb und innerhalb der Bauchhöhle beschränken. Bei der Befestigung des Stiels ausserhalb der Bauchhöhle geht man von dem Gedanken aus, dass einmal der Abschluss der Blutung ein fast vollkommener ist und dass man andererseits eine

Erkrankung des Stiels, besonders durch Infection mit Leichtigkeit zu behandeln vermag. Ausserdem veranlasste bis vor kurzem auch noch diese Methode die Ansicht, dass der in die Bauchhöhle versenkte Stiel hier gangränos und jauchig werden könne. Diese Methode wird ausgeführt durch Ligatur der Stielgefässe und demnächstige Einklemmung des Stiels in eine Klammer, welche ausserhalb der Bauchhöhle am unteren Wundwinkel befestigt wird, andere Operateure dagegen lassen die Klammer fort und nähen den Stiel nach Umschnürung in die Bauchwunde ein.

Diese extraperitoneale Methode ist in den 40er Jahren von Stilling angegeben und durch Erfindung verschiedenartiger Klammern, besonders seitens der Engländer mehrfach modificirt worden.

Die Gründe, welche für diese Methode sprechen, sind nun heut zu Tage hinfällig geworden, denn einmal ist durch richtiges Anlegen von Ligaturen eine Blutung aus dem Stiel fast absolut zu vermeiden, andererseits darf bei strenger Durchführung der Antisepsis eine Infection überhaupt nicht eintreten. Die Hauptgründe jedoch für die Versenkung des Stiels in die Bauchhöhle sind der vollkommene Verschluss der Bauchwunden und die dadurch bedeutend verminderte Gefahr der Infection, ferner treten nicht so leicht innere Einklemmungen der Eingeweide auf, ebenso wird eine Thrombose der Beckengefässe durch die fortschreitende Nekrose des Stiels von der Bauchwunde aus vermieden und vor Allem besteht der sicherste Abschluss gegen

Infection in der möglichst schnellen Verheilung der Bauchwunde, die natürlich bei der extraperitonealen Stielbehandlung nie primär eintreten kann. Andererseits verhält sich der unterbundene und gehörig desinficirte Stiel in der Bauchhöhle völlig indifferent. Die Obductionen haben ergeben, dass das Stielende einfach schrumpft und die Ligaturen — auch die von Seide — früher oder später ohne Schaden absorbirt werden. Ausser der Ligatur wird, wo es die Verhältnisse des Stiels gestatten, auch das Abbrennen derselben vorgenommen, wobei mit mässig erhitztem Eisen möglichst langsam die Trennung bewirkt wird, und nach genügender Beobachtung, ob die Blutung steht, der abgeglühte Stumpf ebenfalls in die Bauchhöhle versenkt wird.

Die Methode der intraperitonealen Stielbehandlung, sei es nach Durchtrennung mittelst Glüheisen, sei es nach Ligatur, ist heute von den bei weitem meisten Operateuren acceptirt.

Bevor nach Durchtrennung des Stiels die Bauchwunde geschlossen wird, ist ein sehr wichtiger Punkt zu berücksichtigen, dem erst in neuester Zeit die verdiente Aufmerksamkeit zugewendet worden ist, nämlich der Säuberung der Peritonealhöhle von allem eingeflossenen Blut, Cysteninhalt etc. und nach Möglichkeit auch von der eingedrungenen Luft, kurz der sogenannten Toilette des Peritonealraumes. —

Nach allen neueren Forschungen über die Fortpflanzungen der Bakterien steht es fest, dass gerade Flüssigkeiten, wie die eben genannten, den vorzüglichsten

Nährboden für die Spaltpilze abgeben und rechnet man dazu das Eindringen der Luft zu diesen Flüssigkeiten in der Bauchhöhle, so ergiebt sich die hohe Gefahr der Zersetzung, falls nicht für peinlichste Säuberung, besonders auch der tiefstgelegenen Theile Sorge getragen wird. Zu diesem Zwecke werden die Eingeweide, in sauberste, erwärmte Tücher gehüllt, an der Oberfläche des Bauches placirt, und mit Schwämmen alle Falten und Taschen des Peritoneums auf's Gründlichste abgetupft und gesäubert. Sodann werden die Eingeweide sanft zurückgelagert und durch Compression die Luft aus allen Theilen herausgedrückt.

Ist es nun besonderer Verhältnisse wegen nicht möglich, alle fremde Flüssigkeit aus der Bauchhöhle zu entfernen, oder ist eine spätere starke Sekretion z. B. bei theilweiser Exstirpation unter schwierigen Verhältnissen zu erwarten, so hat man durch Drainage für Abfluss der Sekrete zu sorgen und zwar kann man diese Drainage von der Bauchwunde aus oder von der Scheide aus, oder von beiden Seiten zugleich machen. Von grösster Wichtigkeit ist es hierbei, dass die Drains, die natürlich nicht compressibel sein dürfen, an der Stelle der Eitersekretion liegen bleiben und in permeablem Zustande gehalten werden. Zu diesem Zwecke hat fast jeder Operateur seine besonderen Einrichtungen, welche jedoch im Wesentlichen alle darauf beruhen, dass bei möglichst ruhiger Lage der Patientin die starkwandigen, mit vielen, nicht sehr grossen Augen versehenen, Drains möglichst häufig durchgespült und da-

durch auf ihre Permeabilität geprüft werden. Bei der Drainage durch das hintere Scheidengewölbe erreicht man allerdings am Sichersten die tiefste Stelle des Peritonealraumes, indessen tritt häufig eine nicht unerhebliche Blutung beim Durchstossen des hintern Scheidengewölbes ein und ausserdem erfolgt durch die Scheide trotz aller Vorsichtsmassregeln eine Infection immerhin ziemlich leicht. Man beschränkt sich deshalb, sobald man damit auskommen kann, auf eine Drainage von der Bauchwunde aus, wobei man am liebsten gebogene Glasdrains möglichst tief in die Bauchhöhle einführt, deren antiseptischer Verschluss leicht und vollständig durchzuführen ist.

Nachdem wir somit im Vorhergehenden eine kurze Uebersicht über den heutigen Stand der Ausführung der Ovariotomie gegeben haben, können wir constatiren, dass bei der heute gebräuchlichen Operationstechnik, besonders aber bei der strengsten Durchführung der Antisepsis, die Ovariotomie durchaus nicht mehr zu den eminent gefährlichen operativen Eingriffen gehört, sondern die Mortalitätsstatistik der grossen Operateure, die noch vor 10—15 Jahren ca. 50 % Todesfälle aufwies, ist heute auf 10, ja auf 8 % gesunken.

Immerhin wird aber nicht nur Geschick im Operiren, sondern sehr wesentlich die richtige Diagnose einen Hauptantheil an den glücklichen Erfolgen der Operation haben.

Wir wenden uns jetzt zu den Resultaten, welche wir aus den einzelnen Staaten von Südamerika gesammelt haben.

Diese statistischen Daten beruhen vielfach auf mündlichen resp. brieflichen Mittheilungen der betreffenden Herrn Operateure, von denen ich besonders Herrn Dr. Brendel aus Montevideo, welcher mich vornehmlich mit Notizen und Nachrichten über die einzelnen Fälle unterstützt hat, zu aufrichtigem Danke verpflichtet bin, den ich ihm hiermit öffentlich aussprechen darf.

In den Staaten von Südamerika wurde die Ovariotomie, soweit sich nachweisen lässt, zum ersten Male im Jahre 1868 und zwar in Chile ausgeführt durch einen Arzt, welcher diese Operation niemals zuvor gesehen hatte. Trotzdem war der Erfolg ein günstiger. Im Jahre 1870 wurde dann die Operation in Brasilien und der Argentinischen Republik, 74 in Uruguay und 78 in Peru eingeführt. Am meisten ist die Operation in Chile cultivirt worden und zwar sind dort bis zum Jahre 82, soviel bekannt geworden, 28 Ovariotomien ausgeführt worden, von denen die hauptsächlichsten Fälle von dem Deutschen Operateur Dr. Thiele und dem Engländer Cooper ausgeführt und beschrieben sind. Von den 28 operirten Fällen endigten 12 letal, 16 in Genesung. Nächstdem kommt Uruguay mit einer Gesammtzahl von 13 Operationen, von denen 9 günstig verliefen, also einen erheblich besseren Procentsatz der Mortalität aufweisen.

In Brasilien sind 9—12 Operationen ausgeführt, von denen ungefähr nur die Hälfte günstig verlaufen ist und in der Argentinischen Republik sind von 10 Operirten 6 zu Grunde gegangen. In Peru ist bisher

nur eine Operation mit glücklichem Erfolge ausgeführt. Es stellen sich demnach die Resultate der Operation nach den einzelnen Staaten, wie folgt, dar:

| | erste Operation | im Ganzen bis 1882 | hiervon verliefen günstig | ungünstig |
|---|---|---|---|---|
| Uruguay . . . . . | 1874 | 13 | 9 | 4 |
| Chile . . . . . | 1868 | 28 | 16 | 12 |
| Brasilien . . . . . | 1870 | 12 (?) | 6 | 6 |
| Argent. Republik . . | 1870 | 10 | 4 | 6 |
| Peru . . . . . | 1878 | 1 | 1 | — |
| Summa | | 64 | 36 | 28 |

Es ergiebt sich aus der vorstehenden Tabelle, dass einmal die Operation in den civilisirten Staaten Südamerika's im Ganzen bisher recht selten ausgeführt ist, und dass andererseits die Sterblichkeit noch eine sehr erhebliche ist, und wir wollen zunächst auf diesen letzteren Punkt etwas näher eingehen.

Die Zahl der ungünstig verlaufenen Fälle beträgt 44 % im Ganzen, jedoch in einzelnen Staaten, wie in Brasilien und der Argentinischen Republik erheblich mehr und wenn wir nun die uns vorliegenden Notizen und Berichte mit den allgemeinen, heute üblichen Regeln vergleichen, welche wir als das Resultat einer reichen Erfahrung moderner Operateure in dieser Arbeit zusammengestellt haben, so können wir beinahe Punkt für Punkt darthun, wie ein Nichtbefolgen resp. Nichtkennen dieser Regeln unfehlbar die ungünstigen Erfolge nach sich gezogen hat.

Die weitaus grösste Bedeutung für eine mehr oder minder günstige Statistik der Ovariotomie hat ohne Zweifel das antiseptische Verfahren bei der Operation und in Bezug hierauf müssen wir leider constatiren, dass erst in den allerletzten Jahren das Lister'sche Verfahren allgemeiner in der Wundbehandlung überhaupt und speciell bei der Ovariotomie in den südamerikanischen Staaten eingeführt worden ist. Einer gefälligen Notiz des Herrn Dr. Vägeli in Rio de Janeiro verdanke ich z. B. die Mittheilung, dass bis zum Jahre 1881 das Lister'sche Verfahren von den brasilianischen Aerzten überhaupt ignorirt wurde. Es wurden bis zu letztgenanntem Jahre allerdings mehrere Operationen mit Glück ausgeführt, darunter eine bei einer Negerin, die nach dem Urtheil vieler Aerzte, dergleichen operative Eingriffe ausserordentlich gut ertragen und ausheilen, jedoch sind wirklich befriedigende Resultate erst nach Einführung der Antisepsis zu constatiren. Aus Montevideo theilt Dr. Daltro bei zweien, im Jahre 1881 operirten Fällen über den Einfluss des Lister'schen Verfahrens folgendes mit: Es herrschte zur Zeit in dem Hospital de Carided, besonders auf der Frauenabtheilung Erysipel und Hospitalbrand, ferner hatte das Puerperalfieber bereits vier Opfer gefordert. Als um diese Zeit zuerst das Lister'sche Verfahren eingeführt wurde, blieben einestheils die beiden, frisch operirten Frauen trotz der Infection der Säle gesund, andererseits verschwanden überhaupt nach kurzer Zeit die sämmtlichen eben erwähnten Infectionskrankheiten. Auch die dortigen Ope-

rateure bedienen sich heute grossentheils des Carbolsprays.

Das Chloroformiren ist ebenfalls seit noch nicht langer Zeit allgemein eingeführt und besonders unter den älteren Fällen fand ich mehrere, bei denen die Nichtanwendung der Narkose ausdrücklich erwähnt ist.

Eine originelle Erklärung für die grössere Sterblichkeit in der Argentinischen Republik giebt Dr. Mulcahy von dort in seiner Doctorarbeit an. Derselbe hat nämlich in der bekannten Arbeit von Grenser gelesen, dass letzterer die günstigen Resultate der Engländer beim Laparotomiren auf das ruhige Temperament und die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems der englischen Frauen bezieht und findet deshalb die grössere Sterblichkeit in Argentinien erklärlich, da er die genannten Eigenschaften den dortigen Frauen entschieden absprechen muss.

Ohne diesem Raisonnement alle Berechtigung absprechen zu wollen, kommen wir doch jetzt zu einem Punkte, welcher die grössere Sterblichkeit bei den Ovariotomien in ungezwungenerer Weise erklärt, nämlich zu den Irrthümern in der Diagnose, die ja bei Operateuren, wie Spencer-Wells und Gusserow, zu finden sind, um wie viel mehr in Ländern, in welchen diese Operation, so zu sagen, noch in den Kinderschuhen steckt.

Derselbe Dr. Mulcahy sagt selbst in der erwähnten Arbeit, dass die Diagnostik in den ersten Fällen sehr unvollkommen war wegen Mangels der histologischen

Kenntnisse und technischen Fertigkeit und theilt folgenden lehrreichen Fall mit: Eine 30jährige Frau, welche weder geboren noch abortirt hatte und seit Jahren von ihrem Manne getrennt lebte, hatte seit 3 Jahren einen Tumor im Unterleibe bemerkt, der in den letzten 4 Monaten ungefähr um das Dreifache sich vergrössert hatte. Eine Schwangerschaft wurde nicht angenommen, sondern eine Ovarialcyste diagnosticirt. Bei der Operation zeigte sich ein Tumor, aus zwei Lappen bestehend, zwischen denen eine fluctuirende Geschwulstmasse die Mitte hielt. Der Operateur nahm jetzt keinen Ovarialtumor an und versuchte die Geschwulst durch Punktion zu verkleinern. Nachdem eine erste Punktion in den Seitenpartien nur eine unbedeutende Blutung hervorgerufen hatte, wurde der Troicar in der Mitte eingestossen und drang hier in die Uterushöhle. Dieselbe zeigte sich ca. viermal vergrössert und enthielt einen fünf Monate alten Foetus. Der Operateur machte jetzt die Totalexstirpation des Uterus, die leider sehr kurz und unklar beschrieben ist und die Frau starb am dritten Tage. Der Tumor erwies sich als ein Carcinom, welches seinen Ausgang genommen hatte von der Vereinigung des Collum und Corpus uteri rechterseits.

Es sei mir hier gestattet, einen Krankheitsfall zu erwähnen, bei welchem eine Extrauterinschwangerschaft im achten Monate durch die Laparotomie geheilt wurde durch Herrn Dr. Brendel, welcher diesen Fall bereits früher[1]) ausführlicher beschrieben hat.

[1]) Centralblatt für Gynäkologie 1883 No. 41.

Es handelte sich um eine 32jährige Frau, welche mit sehr üblem Allgemeinbefinden, stetem Fieber, sogar Schüttelfrösten und seit 4 Wochen bestehender absoluter Stuhlverstopfung dem Anscheine nach seit sechs bis sieben Monaten schwanger war. Aus den gesammten Erscheinungen wurde Einklemmung eines retrovertirten schwangeren Uterus diagnosticirt und da alle Repositionsversuche vergeblich, die Leiden der Patientin aber unerträglich waren, so wurde die Entleerung des schwangeren Uterus durch Kaiserschnitt vorgenommen. Der behandelnde und auch operirende Arzt Dr. Jurkaaki fand nach Eröffnung der Bauchhöhle den vermeintlichen schwangeren Uterus völlig leer, serös infiltrirt und stark infiltrirt und stark vergrössert und hinter und unter demselben ein Geschwulst, welche das ganze kleine Becken ausfüllte und verlagerte. Nachdem eine Punktion mittels Troicar kein positives Resultat gegeben, gab der Dr. J. die Operation wegen anscheinend zu starker Adhäsion der Geschwulst auf. Dr. Brendel, welcher bis dahin assistirt hatte, nahm dieselbe jedoch auf, dilatirte die Troicaröffnung mit den Fingern und indem er so in die Peritonealhöhle gelangte, fühlte er dort Kindstheile und extrahirte einen fast ausgetragenen, macerirten Knaben. Eine Sepsis war nicht eingetreten, die Höhle wurde gereinigt und ausgeräumt und sowohl von der Bauchwunde, als von der Scheide aus drainirt. Die Nachbehandlung war eine äusserst langwierige und schwierige, da bei jeder Verstopfung des Drains und

Sekretverhaltung Schüttelfröste und Fieber eintraten, doch ist die Patientin völlig genesen.

Es handelte sich also hier um den seltenen Fall, dass eiue Tuberschwangerschaft fast bis zum völligen Ende bestanden hatte, ohne dass trotz heftiger Incarcerationserscheinungen Ruptur eingetreten wäre.

Auch in Rio de Janeiro wurde in einem Falle die Operation wegen anscheinenden Uterusfibroides vorgenommen, statt dessen jedoch eine, seit drei Jahren bestehende Extrauterinschwangerschaft entdeckt, welche mit günstigem Erfolge operirt wurde.

Was nun die einzelnen Akte der Operation anbetrifft, so finden wir in den meisten Angaben über die Verkleinerung des Tumors, dass die südamerikanischen Aerzte sich mit Vorliebe des Spencer-Wells'schen Troicars bedienten, doch wird auch trotz der Anwendung desselben bei mehren Fällen über Ausfliessen des Cysteninhaltes in die Bauchhöhle geklagt.

Ueber die Blutstillung finde ich nichts Erwähnenswerthes, dagegen wird bei einigen Operationen in Valparaiso im Anfange der 70er Jahre erwähnt, dass die Toilette des Peritoneums eine sehr mangelhafte war, in Folge dessen die Operirten in jedem Falle bald nach der Operation starben. Auch wird beachtet, dass man gelegentlich die Därme mit kaltem Wasser abwusch und in einem Falle vergass der Operateur eine Klammer in der Bauchhöhle. Wir führen diese Einzelnheiten nicht der Seltenheit wegen an, da ja aus allen Ländern über derartige Vorkommnisse berichtet wird, sondern

nur, um zu zeigen, durch wie viel Schwierigkeiten und Unvollkommenheiten hindurch eine derartige Operation geläutert werden muss, bis sie zu wirklich gedeihlichen Resultaten führt.

Die Stielversorgung geschah, soweit sie überhaupt in den Berichten erwähnt ist, nur eine wenige Male durch Abglühen des Stiels mittels Thermocautor. Am häufigsten scheint die intraperitoneale Stielbehandlung nach Anlegung der Ligatur angewandt zu sein und auch unter den ohne „Lister" operirten Fällen, finden wir mehrere, bei welchen diese Methode und mit glücklichem Erfolge durchgeführt war. Bei einem Falle wird ausdrücklich erwähnt, dass die Patientin in Folge innerer Verblutung, enstanden durch Abgleiten der Ligatur, zu Grunde gegangen sei. Die extraperitoneale Versorgung des Stiels geschah mit der Spencer-Wells'schen Klammer, wobei in einem von Dr. Schröders in Valparaiso operirten Falle berichtet wird, dass die Patientin in Folge dieser Behandlung eine äusserst heftige Neuralgie zu überstehen hatte, wahrscheinlich ausgehend von dem Stumpfe, doch war die Dauer keine lange.

Ausserordentlich wenig Aufmerksamkeit finden wir bisher von den dortigen Aerzten der Drainage zugewandt und das Unterlassen derselben, besonders in den Fällen, wo viel Cysteninhalt ausgeflossen und die Toilette des Peritoneums nur oberflächlich ausgeführt war, hat wohl manches ungünstige Resultat verschuldet. Eine ebenso sorgsam durchgeführte, wie ausführlich beschriebene Drainage finden wir bei der Beschreibung

des oben citirten Falles von Extrauterinschwangerschaft durch Dr. Brendel. Derselbe wandte bei der Drainage per vaginam **T** förmige Bardenheuersche Drains an und hatte diese Drainage ungefähr 3 Monate hindurch fortzusetzen, da bei der geringsten Sekretverhaltung sofort hohe Temperaturen etc. eintraten. Das Resultat war, der Sorgsamkeit der Behandlung entsprechend, günstig.

Ich lasse jetzt einige Fälle folgen, welche seit 1878 in Valparaiso von den tüchtigsten dortigen Operateuren operirt sind, deren einem — Herrn Dr. Thiele, ein geborener Deutscher — ich die Beschreibung der Operationen verdanke.

I. Am 10. Dezember 1878 operirte ich in einer Vorstadt Valparaisos wegen Uteruskrebs.. Ich machte eine Operation genau nach Freund's ersten Angaben. Die Operation war überaus schwierig und lang. Die Gedärme füllten das kleine Becken vollständig aus und bedeckten den Uterus vollkommen. Ligamenta lata und rotunda waren sehr straff und derb, so dass sich der Uterus gar nicht vorziehen liess. Die unterste Massenligatur der rechten Seite glitt nach Entfernung des Uterus ab und die entstehende beträchtliche Blutung konnte nur mit Mühe durch mehrfache Umstechungen gestillt werden. Antiseptische Vorkehrungen waren getroffen worden, doch wurde kein Spray verwendet. Die Frau starb 15 Stunden später an Collaps.

II. Im Juni machte ich in einem Kloster eine doppelseitige Ovariotomie. Die Patientin litt an starkem Ascites, der schon einige Male punktirt worden war.

Die höckrige Beschaffenheit der, nach Punktion gut durchzufühlenden, Geschwülste liess in Verbindung mit dem Ascites die correcte Diagnose auf beiderseitiges Sarkom der Ovarien mit Sicherheit stellen. Trotzdem wurde eine Operation versucht, da die Gesundheit der Frau sonst gut war, die Geschwülste beweglich und bei Rectaluntersuchung Abwesenheit von Adhäsionen mit den Beckenorganen zu constatiren war.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich zwei, reichlich kindskopfgrosse, theilweise cystische Geschwülste vor, die jederseits ohne Stiel, aber doch mit einem nicht allzu grossen Segment ihres Umfanges in die Ligamenta lata eingebettet waren. Adhärenzen waren nicht vorhanden. Die Geschwülste wurden mittelst Thermocautor aus den Lig. lata herausgebrannt, rechterseits wurden dabei drei, linkerseits vier blutende Gefässe nachträglich mit versackten Ligaturen geschlossen. Blutverlust fand hierbei nicht statt und kam ein solcher überhaupt nur aus der Oberfläche der leicht blutenden Geschwülste zu Stande.

Nach Entfernung der Geschwülste fand sich das ganze Peritoneum des Cavum Douglasii und der Hinterwand des Uterus mit weichen, sarkomatösen Zotten und kleinen, bis bohnengrossen, runden Geschwülsten besetzt. Vollständiger Verschluss der Bauchwunde, keine Drainage. Tod nach 3 Tagen ohne Fieber, peritonitische Erscheinungen oder Blutungen unter unstillbarem Erbrechen — das beim Erbrechen durch die Bauchwunde

epresste Serum war nur am ersten Tage etwas blutig gefärbt. Antisepsis wie im ersten Fall.

III. Ein Fall von Dr. Cannon — spanischer Arzt — im deutschen Hospital operirt. Etwa 6 Wochen vorher war eine Punktion gemacht, die nur eine mässige Quantität Flüssigkeit lieferte, ohne den Tumor merklich zu verkleinern. Antisepsis wie oben. Beim Punktiren des, übrigens nicht adhärenten, Tumors, welches an mehreren Stellen wiederholt wird, fliesst nur eine geringe Menge Flüssigkeit ab. Zur Verkleinerung des Tumors wird ein Einschnitt gemacht, aus dem sich bei Druck eine weiche, gleichmässig weisse, käsige Masse entleert — Atheromcyste — und darauf die Cyste herausbefördert. Sie sitzt ohne eigentlichen Stiel im Ligam. latum und auf dem Seitentheil des Uterus. Die Basis wird in mehreren Partien vor Abtrennung der Geschwulst unterbunden. Einige Ligaturen gleiten nach der Abtrennung ab und werden nachträglich umstochen, doch ist der Blutverlust hierbei unbedeutend. Ohne Drainage wird die Bauchwunde völlig geschlossen. Das Befinden ist in den ersten zwei Tagen gut. Am dritten Tage Peritonitis und geringer Blutaustritt aus dem oberen Wundwinkel. Abends Tod. Section verweigert.

---

Ausser diesen schwierigen Fällen, bei denen unter Beobachtung aller von der Wissenschaft vorgeschriebenen Massregeln operirt wurde, will ich noch eine Operation mittheilen, die sowohl in Bezug auf Beschreibung, als

auf die Ausführung der Typus einer sehr grossen Anzahl von Operationen ist, die ich in den medicinischen Blättern Südamerikas gefunden habe.

Es handelt sich um eine unilokuläre Cyste ohne jegliche Complication, ohne Adhäsionen, mit mässig langem Stiel. Die Operation wird ohne antiseptische Vorkehrungen ausgeführt, der Stiel der Cyste in eine Klammer nach Spencer-Wells älteren Modellen gefasst. Keine Drainage. Tod am dritten Tage an Peritonitis.

Leider ist es nicht möglich, aus dem vorliegenden Material eine genaue Statistik der Tumoren selbst zu geben, denn einige Operateure sprechen nur allgemein von Tumor, ohne nähere Bezeichnung der Art und andere bezeichnen ausdrücklich die Diagnose als unsicher.

Die weitaus grösste Mehrzahl der Tumoren werden als Cystome bezeichnet, darunter einmal eine Dermoidcyste und einmal eine Atheromcyste (?). Krebs des Uterus findet sich sicher bei 2 Fällen, in denen die Hysterotomie vorgenommen wurde, die beide Male letal endigte. Ovarialsarkome finden sich ebenfalls zweimal vertreten. Ausserdem wurde zweimal ovariotomirt und als Tumor Ovarialschwangerschaft gefunden — beide Operationen mit glücklichem Erfolge. In vier Fällen wurde die Operation zweimal an derselben Person vollzogen, von denen zwei oder drei geheilt wurden.

Werfen wir zum Schluss einen kurzen Rückblick auf die bisherigen Resultate der Laparotomieen und speciell der Ovariotomieen, so lassen sich zwar manche Unvollkommenheiten bei den Operationen in Südamerika

nicht verkennen, ebensowenig aber lässt sich in Abrede stellen, dass dieses Operationsgebiet, cultivirt von wissenschaftlich gebildeten, tüchtigen Aerzten, in der letzten Zeit auch in den Staaten Südamerika's, speciell in meiner Heimath Montevideo, einen so erfreulichen Aufschwung genommen hat, dass auch in diesen Ländern die Ovariotomie als gesichertes Gut der praktischen Chirurgie angesehen werden darf.

# THESEN.

I.

Die makroskopische menschliche Anatomie ist nach ihrer heutigen Ausbildung als eine im wesentlichen fertige Disciplin der medicinischen Wissenschaft zu bezeichnen.

II.

Die lokale Behandlung der Diphtherie ist nutzlos.

III.

Es ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass auch für die Syphilis ebenso wie für die Tuberculose und Cholera ein Spaltpilz als Krankheitserreger nachgewiesen wird.

# VITA.

Verfasser, Federico Susviela Guarch, ist am 16. August 1853 als Sohn des Abtheilungschefs im Finanzministerium Julian Susviela zu Montevideo in der Republik Uruguay geboren. Nachdem er am 7. Juli 1878 an der Universität von Montevideo zum Bachiller promovirt worden war, trat er daselbst in die medicinische Facultät ein und hörte die Vorlesungen der Herren Dr. Jurkowski, Arecharaldâ, Viscaino, Alvarez y Perez, Castro, Serratosa, Kaemmerich, Leopold.

Im Juni 1881 unterbrach Verfasser seine Studien in Montevideo und siedelte als Generalkonsul der Republik Uruguay nach Berlin über. Hier liess er sich im October 1881 an der Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität immatriculiren und besuchte seitdem die Vorlesungen und Kliniken der Herren du Bois-Reymond, Reichert, Virchow, Hirsch, Leyden, Schröder, v. Bergmann, Bardeleben, Gutmann, Lewinski, Liebreich, Sonnenburg, Meyer, Westphal, Schweigger, Broesike, Rabl-Rückhard, Grawitz.

Allen diesen seinen Herren Lehrern spricht Verfasser hiermit seinen herzlichsten Dank aus.